

**Onderzoeksresultaten peiling
kinder- en jeugdpsychiaters
NVvP mei 2017**

Managementsamenvatting

Hoe staat de kinder- en jeugdpsychiatrie ervoor na de transitie en de invoering van de Jeugdwet? De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) ontving diverse signalen dat het niet goed gaat. Om die reden heeft de afdeling kinder- en jeugdpsychiatrie (KJP) een korte peiling uitgezet onder haar 459 leden. Meer dan de helft (240) van de kinder- en jeugdpsychiaters heeft de peiling ingevuld en uitvoerig beantwoord.

Uit de peiling komt naar voren:

- Twee derde van de kinder- en jeugdpsychiaters kent afdelingen KJP of voorzieningen KJP die zijn gestopt of fors zijn gekrompen. Daarbij gaat het om zowel klinische als poliklinische capaciteit. Het gaat gepaard met een afnemend behandelaanbod voor kinderen, jeugdigen en 18+ ers en versmalling van het takenpakket van kinder- en jeugdpsychiaters.
- Drie vijfde van de kinder- en jeugdpsychiaters kent een collega of zelfstandige praktijk die is gestopt of de kinder- en jeugdpsychiatrie heeft afgebouwd. De belangrijkste redenen voor stoppen of afbouwen zijn de administratielast, de moeizame onderhandelingen met gemeenten en de geringe vergoedingen. Kinder- en jeugdpsychiaters die blijven, hebben te maken met een enorme caseload en hoge werkdruk. Het afnemend aanbod van kinder- en jeugdpsychiatrie gaat gepaard met nieuwe vormen van hulpverlening en hulpverleners die grif worden bekostigd en pretenderen alles te kunnen.
- De wachtlijsten zijn heel lang geworden en het is moeilijk kinderen klinisch te plaatsen of door te verwijzen en/of een crisisplek te regelen.
- Kinderen worden niet tijdig doorverwezen en komen te laat in specialistische zorg. Gemeentelijke indicatiestellers en sociale wijkteams kennen de expertise van de kinder- en jeugdpsychiatrie onvoldoende en bemoeien zich met de inhoud van de zorg. Kinder- en jeugdpsychiaters zijn zo niet in staat om volgens hun professionele standaarden te werken.
- De meerderheid vindt dat een terugkeer naar de zorgverzekeraar is gewenst en 30 procent vindt dat het (vooral nog) noodzakelijk is te pleiten voor landelijke afspraken.

Inleiding

De afdeling Kinder- en Jeugd Psychiatrie (KJP) van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) heeft de afgelopen maanden steeds meer signalen gekregen van kinder- en jeugdpsychiaters dat het niet goed gaat met de KJP in Nederland. Kinder- en jeugdpsychiaters stoppen met de dienstverlening en steeds meer voorzieningen voor kinderen met psychiatrische problematiek worden afgestoten of zijn fors gekrompen. Dat is voor de afdeling KJP van de NVvP aanleiding geweest om een peiling te verrichten onder haar leden om deze signalen te onderbouwen.

De afdeling KJP kent 459 geregistreerde leden. Daarmee vertegenwoordigt de afdeling het overgrote deel van de kinder- en jeugdpsychiaters in Nederland. Zo zijn op de website www.zorgkaartnederland.nl maar 282 psychiaters met de specialisatie kinder- en jeugd Psychiatrie bekend. Bijna alle psychiaters die op deze website worden vermeld, zijn ook aangesloten bij de afdeling KJP van de NVvP.

Op de peiling hebben 240 leden gereageerd; dat is meer dan de helft van het aantal leden. Aan de leden is een viertal vragen gesteld over:

- afdelingen of functies binnen de instelling of het ziekenhuis op het terrein van KJP die recentelijk zijn gestopt of gekrompen;
- zelfstandig gevestigde kinder- en jeugdpsychiaters die recentelijk zijn gestopt of hun praktijk hebben afgebouwd;
- knelpunten rond KJP;
- hoe verder met de bekostiging; waar zou de NVvP voor moeten pleiten?

De respondenten hebben hun antwoorden uitvoerig toegelicht. Dat is voor kinder- en jeugdpsychiaters niet gebruikelijk: “kinder- en jeugdpsychiaters hebben en nemen van oudsher een zwakke positie in en kunnen en durven zich onvoldoende uit te spreken of stelling te nemen.” Dat de kinder- en jeugdpsychiaters deze keer wel in de pen zijn geklommen, laat zien hoezeer zij ervaren dat hun vak en professie in de kern is geraakt en welke consequenties dat heeft voor de behandeling van kinderen met complexe psychiatrische problematiek. De antwoorden op de vier vragen en de ervaringen van de kinder- en jeugdpsychiaters worden hieronder achtereenvolgens samengevat en soms met een citaat van een kinder- en jeugdpsychiater nader geïllustreerd.

KJP-afdelingen of voorzieningen binnen instelling of ziekenhuis die zijn gestopt/gekrompen

Van de 240 kinder- en jeugdpsychiaters geeft meer dan twee derde (68%; 164 psychiaters) aan afdelingen of functies te kennen die recentelijk zijn gestopt of zijn gekrompen. De belangrijkste reden voor de krimp is de fors opgelegde bezuinigingen door gemeenten, de gehanteerde tarieven en volumes en het versnipperd beleid. Binnen de instellingen neemt

daardoor de financiële focus toe en de positie van de kinder- en jeugdpsychiatrie neemt af: “KJP wordt een rariteit”.

Uit de toelichtingen blijkt dat er vaak sprake is van het verminderen of het afbouwen van klinische capaciteit (ongeveer 35 maal genoemd), het stoppen of inkrimpen van de poli voor kinderen en jeugd (ongeveer 25 maal genoemd) en het inkrimpen of afstoten van de afdeling KJP binnen de instelling (ongeveer 40 maal genoemd).¹ De krimp van de afdeling KJP binnen de instelling heeft in een aantal gevallen ook te maken met de algemene krimp. Ook wordt er regelmatig op gewezen dat het behandelaanbod voor kinderen en jeugd drastisch is verminderd (ongeveer 12 maal genoemd) en dat jeugdteams zijn ontmanteld. Ook zijn logeerhuizen gesloten. Beschikbare uren voor kinder- en jeugdpsychiaters zijn afgenomen en vacatures worden niet opgevuld (ongeveer 14 maal genoemd). Kinder- en jeugdpsychiaters nemen ook zelf ontslag en/of er ontstaat leegloop van personeel op de afdeling of in het team. Ook is er sprake van onderbezetting of het vervangen van de inzet van de hooggekwalificeerde kinder- en jeugdpsychiaters door die van minder specialistische en gekwalificeerde krachten.

Voor wat betreft de afbouw van klinische capaciteit wijzen de kinder- en jeugdpsychiaters op het verdwijnen van plekken voor: adolescenten; kinderen met een combinatie van psychiatrische problematiek en verstandelijke beperking; kinderen met autisme en kinderen met problemen rond trauma en/of hechting. Geplande capaciteit voor dove kinderen met psychiatrische problematiek is uiteindelijk niet gerealiseerd. De kinder- en jeugdpsychiaters lopen er tegen aan dat er minder opnamemogelijkheden voor kinderen en jeugd zijn. Er zijn minder crisisplaatsen voor kinderen jonger dan 12 jaar en de continuïteit van zorg voor 16- en 17-jarigen is in het geding. Daarnaast zijn instellingen genoodzaakt teams uit te kleden en expertise te laten verdwijnen en “te verdunnen”. De expertise kinder- en jeugdpsychiatrie in een ziekenhuis is ook afgebouwd en de consultatieve functie vindt in dat ziekenhuis niet meer plaats.

De krimp of sluiting van de poliklinieken betekent dat er minder kinder- en jeugdpsychiaters beschikbaar zijn om de behandelingen uit te voeren of dat groepsbehandelingen niet meer mogelijk zijn. Ook voor kinderen met psychiatrische problematiek die in aanraking zijn gekomen met justitie is er veel minder behandelcapaciteit beschikbaar op de forensische poliklinieken of is de polikliniek geheel gesloten. Door het ontbreken van poliklinische capaciteit van de instelling is de overgang vanuit de kliniek naar een vrijgevestigde behandelaar een kinder- en jeugdpsychiater te groot.

Het afnemend behandelaanbod doet zich bijvoorbeeld voor bij de psychiatrische thuisbehandeling, de behandel mogelijkheden voor autisme, ADHD en eetstoornissen en de inzet van verslavingsexpertise. Het gaat gepaard met het stoppen met aanpalende therapieën, zoals non-verbale therapieën (psychomotorisch, creatieve therapie),

¹ Omdat de afdeling KJP en/of kliniek en/of polikliniek niet altijd bij name worden genoemd, kan er sprake zijn van dubbeltellingen.

speltherapie en systeemtherapie. Kinder- en jeugdpsychiaters ervaren dat hun takenpakket wordt versmald: “...steeds verdere inperking van werkzaamheden tot onder ander psychofarmacotherapie...”

Zelfstandige praktijken en kinder- en jeugdpsychiaters die ermee stoppen

Meer dan drie vijfde van de kinder- en jeugdpsychiaters (146) geeft aan iemand te kennen die dan wel zelf is gestopt met de praktijk of die KJP in zijn praktijk heeft afgebouwd.² Van de kinder- en jeugdpsychiaters wijzen er meer dan 60 op een praktijk of zelfstandig gevestigd kinder- en jeugdpsychiater die recentelijk is gestopt en een tiental op een praktijk of zelfstandig gevestigde kinder- en jeugdpsychiater die over is gegaan op het behandelen van volwassenen. Ook zijn er kinder- en jeugdpsychiaters die ervoor kiezen om alleen te werken met betalende ouders of om weer bij een instelling in dienst te gaan. De voorbeelden betreffen vooral de grote steden Amsterdam, Utrecht en Den Haag, maar raken ook de andere jeugdregio's in het land. Een kinder- en jeugdpsychiater wijst erop dat in zijn jeugdregio geen vrijgevestigde kinder- en jeugdpsychiater meer beschikbaar is.

Als belangrijkste redenen om te stoppen, noemen kinder- en jeugdpsychiaters de ondoenlijke administratielast en bureaucratie en de moeizame onderhandelingen met de gemeente. De toegepaste regels verschillen per gemeente, bijvoorbeeld in de wijze waarop metingen van patiënttevredenheid plaatsvindt. Ook hebben gemeenten allemaal hun eigen wensen qua samenwerking. Tussen gemeenten ontstaan steeds grotere verschillen in toegankelijkheid van zorg en is sprake van rechtsongelijkheid: “Het is op dit moment een chaos met elke gemeente die zelf weer bedenkt wat er moet gebeuren. Ouders begrijpen er niks meer van ... Daarnaast heeft de administratie fors moeten uitbreiden ten koste van hulpverlening”. De administratieve last strekt zich ook uit over de jaarverantwoording.

Een andere reden om te stoppen, vormen de beperkte budgetten en zeer marginale vergoedingen voor complexe kinder- en jeugdpsychiatrie. Er is volgens de kinder- en jeugdpsychiaters een tendens om kinder- en jeugdpsychiaters steeds minder in te zetten uit oogpunt van kostenbesparing. Inhoudelijke taken worden overgenomen door goedkopere krachten. De behandelaar wordt steeds meer casemanager die geen tijd overhoudt voor therapie. Dat betekent dat psychiaters zich soms genoodzaakt voelen om voor het kunnen uitoefenen van hun vak te kiezen voor zelfbetalers. Om zich heen zien de kinder- en jeugdpsychiaters een wildgroei ontstaan aan nieuwe vormen van hulpverlening en hulpverleners die pretenderen alles te kunnen en die grif worden bekostigd. Ook is er een gemeente die zelf een GGZ-team met psychologen en systeemtherapeuten heeft opgetuigd.

De administratieve en financiële druk leidt tot een grote leegloop: “Heel veel zelfstandig gevestigde (kinder- en jeugd)psychiaters zijn al gestopt, al na de transitie, maar nu met de

² Omdat de naam van de praktijk en/of de kinder- en jeugdpsychiater niet altijd wordt genoemd, kan er sprake zijn van dubbeltellingen.

komende veranderingen in de bekostigingen en veelal aanbestedingen stoppen ze massaal...” aldus een kinder- en jeugdpsychiater.

Effecten van de verminderde (poli)klinische capaciteit en inzet kinder- en jeugdpsychiaters

De kinder- en jeugdpsychiaters wijzen er op dat door de afbraak en verzwakte positie van de kinder- en jeugdpsychiatrie de kwaliteit onder druk komt te staan en de grenzen van verantwoorde zorg in zicht komen.

De wachtlijsten zijn heel lang geworden. Het is zeer moeilijk om kinderen klinisch geplaatst te krijgen en om een crisisplek te regelen. Ook verwijzen lukt niet meer vanwege lange wachttijden elders. Zo is doorverwijzen vanuit een klinische voorziening moeilijker geworden omdat poliklinische voorzieningen fors zijn teruggedraaid. Met name de behandeling van suïcidale adolescenten is volgens enkele kinder- en jeugdpsychiaters nauwelijks meer mogelijk. De acute en subacute behandelcontacten nemen toe. Er zijn er meer crisissen binnen- en buiten kantooruren. Ook noemt een kinder- en jeugdpsychiater dat in sommige regio's een toename is te zien van onder toezicht plaatsingen en acute uithuisplaatsingen. Dat blijkt bijvoorbeeld ook uit het aantal kinderen en jongeren dat via de 24-uurs crisisdienst in beeld komt. De 24-uurs crisisdienst is niet ingericht op kinderen en jongeren en mist de specialistische expertise.

Wanneer kinder- en jeugdpsychiaters de organisatie vrijwillig of gedwongen verlaten, ontstaat er voor de overblijvers een enorme caseload. Er zijn overspannen kinder- en jeugdpsychiaters waar te nemen en het ziekteverzuim neemt toe. Er ontstaat bij sommige kinder- en jeugdpsychiaters een grote weerzin om nog langer te werken in de kinder- en jeugdpsychiatrie. Collega's in opleiding kiezen niet meer voor de kinder- en jeugdpsychiatrie en bestaande psychiaters willen niet meer werken in de kinder- en jeugdpsychiatrie, zoals verwoord door een kinder- en jeugdpsychiater: “Ik ben murw. Ik heb het idee opgegeven dat ik er nog invloed op heb. Ik kan niet meer uit passie werken. Ik probeer mijn werkdruk te beheersen, terwijl ik word bestookt met validatie meldingen. Er is geen tijd meer voor echte samenwerking. Dit vak is niet meer te redden.”

Andere psychiaters willen geen inhoudelijke managementtaken meer op zich nemen. Vacatures zijn moeilijk te vervullen. Vanwege de werkdruk en de transitie neemt de samenwerking met de volwassenpsychiatrie en in de keten af. Volgens kinder- en jeugdpsychiaters lukt de afstemming in de keten, de belangrijkste reden voor de transitie, nog steeds niet. Ook het aanbod voor jongeren van 18+ staat onder druk omdat zorgverzekeraars geen budget geven voor behandeling van jongeren boven de 18. De financieringsdruk werkt ook door bij aanverwante beroepsgroepen. Zo wijst een kinder- en jeugdpsychiater erop dat kinderartsen geen kinderen meer met psychiatrische problematiek behandelen.

Andere concrete knelpunten rond KJP

Een ander belangrijk knelpunt dat de kinder- en jeugdpsychiaters signaleren, is dat jonge kinderen niet tijdig worden doorverwezen, waardoor kinderen te laat in specialistische zorg komen. Ook is er geen oog voor de noodzaak van een langdurige behandeling, bijvoorbeeld bij een kind dat te maken heeft met psychiatrische problematiek van de ouders. Het ontbreekt de gemeentelijke indicatiestellers en doorverwijzers aan de deskundigheid en zorgvuldigheid en het tijdig zien van ernstige complexe problematiek. Dat geldt ook voor de sociale wijkteams. Zij kennen de expertise van de kinder- en jeugdpsychiatrie onvoldoende en wat zij laten liggen, moet de kinder- en jeugdpsychiatrie later weer oppakken. Er is dringende behoefte aan vroegtijdige diagnostiek kinder- en jeugdpsychiatrie. De gemeenten zijn geneigd op de stoel van de behandelaar te gaan zitten en zich – vanuit kostenoverwegingen - met de inhoud van de zorg te gaan bemoeien. Gemeentelijke indicatiestellers geven de voorkeur aan lichtere voorzieningen en korten op kinder- en jeugdpsychiatrie voor ernstiger problematiek. Soms is er ook sprake van uitstelgedrag tot na het 18^e levensjaar zodat de gemeente niet meer hoeft te betalen. Ook komt het voor dat een doorverwijzing niet plaatsvindt omdat het budget op is. Daarnaast ervaren de kinder- en jeugdpsychiaters een accent op ‘demedicaliseren’; rond adhd en medicatie is een imago probleem ontstaan. Ook hebben gemeenten weinig op met privacy en geheimhouding.

Kinder- en jeugdpsychiaters zijn door de vergaande inhoudelijke rol van de gemeente niet in staat om volgens hun professionele standaarden te werken. Zij voelen zich gemarginaliseerd als professional en aangetast in de erkenning van hun vakgebied en hun medisch specialisme: “De kinder- en jeugdpsychiater is een medisch specialist die zijn rol alleen goed kan vervullen als hij midden in het team staat”. En een andere kinder- en jeugdpsychiater: “...het verschrallende investeren in professionaliteit door de gemeentelijke overheid langs ambtelijke vaak nauwelijks hanteerbare en te pareren wijze waar je het als zorgprofessional tegen af moet leggen. En dan is het ook maar de vraag wat uiteindelijk goedkoper zal zijn: duurdere ook beter indicerende professionaliteit aan de voordeur of de nu steeds maar uitdijende nieuwe instellingen met meer en meer (goedbedoelende) menskracht en hoge weinig ‘state of the art’ gereguleerde contactfrequenties.”

Hoe verder met de bekostiging?

Aan de kinder- en jeugdpsychiaters is de stelling voorgelegd wat voor hen de voorkeur heeft als het gaat om de toekomstige financiering van de kinder- en jeugdpsychiatrie. Dat levert het volgende resultaat op:

<i>Ik vind dat we moeten pleiten voor een terugkeer naar de Zorgverzekeraar</i>	54,2%
<i>Ik vind dat we vooralsnog moeten pleiten voor landelijke afspraken en als dat niet lukt terugkeer naar de Zorgverzekeraar bepleiten</i>	30,8%
<i>Ik vind dat we moeten pleiten voor landelijke afspraken en niet voor terugkeer naar de Zorgverzekeraar</i>	6,7%
<i>Anders:</i>	8,3%

Een meerderheid van de kinder- en jeugdpsychiaters geeft er de voorkeur aan terug te keren naar de Zorgverzekeringswet, want “het blijft vreemd dat somatisch zieke kinderen anders behandeld worden dan kinderen die psychische problemen en/of ziekten hebben.” De kinder- en jeugdpsychiaters vinden het van belang eenzelfde positie te hebben als andere medisch specialisten of als de psychiaters in de volwassenenpsychiatrie die nog wel via de zorgverzekeraars worden bekostigd.

Iets meer dan een derde geeft er de voorkeur aan (vooralsnog) te komen tot landelijke afspraken om zo de ontstane knelpunten aan te pakken. Dergelijke landelijke afspraken moeten niet alleen gaan over financiën en kosten, maar ook inhoudelijke gefundeerd zijn. Landelijke afspraken zijn vooral nodig voor instellingen en praktijken in de KJP die bovenregionale of zeer specialistische zorg bieden.